

Membrete de la Agencia

Fecha

Estimado padre / tutor:

El centro de cuidado infantil que asiste su hijo participa en el Programa de Cuidado Alimenticio para Niños y Adultos.

Por regulación federal, necesitamos completar contactos con hogares para algunos centros en nuestro programa. Su centro ha sido elegido para un contacto con el hogar en este momento. Completar esta información nos ayuda a asegurar la integridad y calidad del programa alimentario.

Por favor, llene el formulario adjunto con la mayor precisión posible. Hemos proporcionado un sobre de vuelta sellado dirigido a nosotros para que usted nos devolviera el formulario completado. Si hay alguna discrepancia entre la información que usted rinde y lo que el centro relata, el centro será puesto en contacto. Es posible que tengamos que darle una llamada telefónica de seguimiento para más información.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Programa de Cuidado Alimenticios para Niños y Adultos o sobre el formulario adjunto, por favor llame a nuestra oficina al (XXX) XXX-XXXX.

Atentamente,

Nombre

Título

De acuerdo con la ley federal de EE.UU., Departamento de Agricultura, esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TFY). USDA es un proveedor de oportunidades empleador con igualdad.

Membrete de la Agencia

CONTACTO CON HOGAR PARA EL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL CENTRO _____

NOMBRE DEL NIÑO _____

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR _____

DIRECCIÓN _____

¿Está su niño actualmente matriculado en el centro de cuidado infantil por encima? Sí _____ No _____

Si no, ¿cuándo fue el último día en que su hijo asistió a este centro? _____

Por favor marque las fechas que su hijo estuvo en cuidado durante el mes de _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Por favor marque las horas que su hijo estuvo en cuidado durante este mes.

AM	5	6	7	8	9	10	11	noon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
----	---	---	---	---	---	----	----	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Por favor marque las comidas que recibió su hijo mientras en cuidado.

Desayuno	Refrigerio de la mañana.	Almuerzo	Refrigerio de la tarde.	Refrigerio de la noche	Cena
----------	--------------------------	----------	-------------------------	------------------------	------

Por favor, describa cualquier variación de las comidas marcadas o veces durante el mes:

Si su hijo es menor de 1 año, se le ofreció la fórmula por el centro? _____

¿Usted proporciona la leche materna? _____ ¿Quién suministra la fórmula? _____

Son todos los otros alimentos para bebés proporcionados por el centro de cuidado infantil? _____

¿Si no, qué alimentos proporciona usted para su bebé? ' _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Número de teléfono donde se le pueda localizar durante el día _____

Gracias por ayudar a mejorar la calidad del Programa de Cuidado Alimenticio para Niños y Adultos!